

221 抗糸球体基底膜腎炎

■ 基本情報

氏名			
姓(漢字)	名(漢字)		
姓(かな)	名(かな)		
住所			
郵便番号	住所		
生年月日等			
生年月日	西暦	年 月 日	性別 1.男 2.女
出生市区町村			
出生時氏名 (変更のある場合)	姓(漢字)	名(漢字)	
	姓(かな)	名(かな)	
家族歴			
近親者の発症者の有無	1.あり 2.なし 3.不明 発症者続柄 1.父 2.母 3.子 4.同胞(男性) 5.同胞(女性) 6.祖父(父方) 7.祖母(父方) 8.祖父(母方) 9.祖母(母方) 10.いとこ 11.その他( )		
両親の近親結婚	1.あり 2.なし 3.不明 詳細:		
発病時の状況			
発症年月	西暦	年 月	
社会保障			
介護認定	1.要介護 2.要支援 3.なし	要介護度	1 2 3 4 5
生活状況			
移動の程度	1.歩き回るのに問題はない 2.いづらか問題がある 3.寝たきりである		
身の回りの管理	1.洗面や着替えに問題はない 2.いづらか問題がある 3.自分でできない		
ふだんの活動	1.問題はない 2.いづらか問題がある 3.行うことができない		
痛み/不快感	1.ない 2.中程度ある 3.ひどい		
不安/ふさぎ込み	1.問題はない 2.中程度 3.ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる		

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特記すべき事項など

--

A. 検査所見 (該当する項目に☑を記入する)

1) 腎炎性尿所見を認める <input type="checkbox"/> 血尿 (顕微鏡的血尿または肉眼的血尿) <input type="checkbox"/> 蛋白尿 <input type="checkbox"/> 円柱尿	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
2) 血清抗糸球体基底膜抗体が陽性	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
3) 腎生検において、糸球体係蹄壁に沿った線状の免疫グロブリンの沈着と壊死性半月体形成性糸球体腎炎を認める 病理診断の詳細 (光顕):	1. 該当 2. 非該当 3. 不明

B. その他の所見 (1年以内) (該当する項目に☑を記入する)

1) 腎機能の急速な低下 <input type="checkbox"/> 血清クレアチニンの急激な上昇 (確認日: 西暦 年 月) <input type="checkbox"/> 貧血 (確認日: 西暦 年 月) <input type="checkbox"/> その他 ( )	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
2) 肺胞出血 (診断日 西暦 年 月)	1. 該当 2. 非該当 3. 不明

**C. 鑑別診断**

以下項目を鑑別し、全て除外できる。除外できた項目には☑を記入する。	1. 除外可 2. 除外不可 3. 不明
<input type="checkbox"/> 慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 高度脱水による腎前性急性腎不全 <input type="checkbox"/> 尿路閉塞による腎後性急性腎不全	

**<診断のカテゴリー> (該当する項目に☑を記入する)**

以下のいずれかを満たす場合、確定診断とする
<input type="checkbox"/> 確定診断 : 検査所見の1) および2) を認める
<input type="checkbox"/> 確定診断 : 検査所見の1) および3) を認める

**■ 治療その他 (該当する項目に☑を記入する)**

血漿交換	1. 実施 2. 未実施 3. 不明
使用中のステロイド・免疫抑制薬と投与量 (過去6ヶ月間の最高用量)	1. 実施 2. 未実施 3. 不明
<input type="checkbox"/> ステロイド内服 (                    mg/日) <input type="checkbox"/> ステロイドパルス (                    mg/日) <input type="checkbox"/> シクロスポリン (                    mg/日) <input type="checkbox"/> ミゾリビン (                    mg/日) <input type="checkbox"/> シクロフォスファミド内服 (                    mg/日) <input type="checkbox"/> シクロフォスファミドパルス (                    mg/1ヶ月) <input type="checkbox"/> リツキサン (                    mg/1ヶ月) <input type="checkbox"/> ミコフェノール酸モフェチル (                    mg/日) <input type="checkbox"/> タクロリムス (                    mg/日) <input type="checkbox"/> その他 (薬剤名:                    用量:                    mg/日)	
これまでに使用したステロイド・免疫抑制薬の種類	1. 実施 2. 未実施 3. 不明
<input type="checkbox"/> ステロイド内服 <input type="checkbox"/> ステロイドパルス <input type="checkbox"/> シクロスポリン <input type="checkbox"/> ミゾリビン <input type="checkbox"/> シクロフォスファミド内服 <input type="checkbox"/> シクロフォスファミドパルス <input type="checkbox"/> リツキサン <input type="checkbox"/> ミコフェノール酸モフェチル <input type="checkbox"/> タクロリムス <input type="checkbox"/> その他 (薬剤名                    )	

**■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)**

以下のいずれかを満たす	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
<input type="checkbox"/> ア) CKD 重症度分類ヒートマップで赤に該当する	
<input type="checkbox"/> イ) 腎機能: タンパク尿>0.5g/日	
<input type="checkbox"/> ウ) 当該疾患が原因である肺出血を呈する	

**CKD 重症度分類ヒートマップ**

<input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> オレンジ <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 緑	
① GFR 区分 (mL/分/1.73 m <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> G1 (正常または高値: ≥90) <input type="checkbox"/> G2 (正常または軽度低下: 60~89) <input type="checkbox"/> G3a (軽度~中等度低下: 45~59) <input type="checkbox"/> G3b (中等度~高度低下: 30~44) <input type="checkbox"/> G4 (高度低下: 15~29) <input type="checkbox"/> G5 (末期腎不全 (ESKD)) : <15
② 蛋白尿区分 尿蛋白定量(g/日)あるいは尿蛋白/Cr 比(g/gCr)	<input type="checkbox"/> A1 (正常 0.15 未満) <input type="checkbox"/> A2 (軽度蛋白尿 0.15~0.49) <input type="checkbox"/> A3 (高度蛋白尿 0.50 以上)

**■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)**

使用の有無	1. あり		
開始時期	西暦                    年                    月	離脱の見込み	1. あり 2. なし
種類	1. 気管切開口を介した人工呼吸器    2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	1. 間欠的施行    2. 夜間に継続的に施行    3. 一日中施行    4. 現在は未施行		
生活状況	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能 階段昇降 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	車椅子とベッド間の移動 トイレ動作 歩行 着替え 排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助

医療機関名	指定医番号
医療機関所在地	電話番号 ( )
医師の氏名	印 記載年月日：平成 年 月 日 ※自筆または押印のこと

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。  
(ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。)
- ・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6ヵ月間で最も悪い状態を記載してください。
- ・診断基準、重症度分類については、「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」(平成27年5月13日健発0513第1号健康局長通知)を参照の上、ご記入ください。
- ・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。